

บทที่ 2

รายงานการวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาประสบการณ์การเป็นผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองรายใหม่ ระยะเฉียบพลัน ผู้วิจัยได้ทำการศึกษาค้นคว้าเอกสาร ตำรา หรือบทความต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องมาเป็นแนวทางในการเรียบเรียงวรรณกรรมเพื่อเป็นพื้นฐานในการเก็บรวบรวมข้อมูล การวิเคราะห์ข้อมูล และการจัดระบบเนื้อหาของข้อมูล สำหรับบรรยายประสบการณ์ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง รายใหม่ระยะเฉียบพลัน โดยเนื้อหาของการทบทวนวรรณกรรมมีดังต่อไปนี้

1. ความหมายของโรคหลอดเลือดสมอง
2. สาเหตุ/พยาธิสรีรภาพของโรคหลอดเลือดสมอง
3. ระยะอาการของโรคหลอดเลือดสมอง
4. ผลกระทบต่อผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

ความหมายของโรคหลอดเลือดสมอง

โรคหลอดเลือดสมอง หรือ สโตรก (Cerebrovascular Disease or Stroke) เป็นภาวะที่มีความผิดปกติของระบบประสาทอันเนื่องมาจากความผิดปกติของหลอดเลือดไปเลี้ยงสมองผิดปกติ (Hickey, 2003) สาเหตุเนื่องจากเส้นเลือดในสมองแตก (Hemorrhage) อุดตัน (Embolism) หรือ ตีบตัน (Thrombosis) ในที่สุดก็สมองขาดเลือด เกิดการสูญเสียการทำหน้าที่ของระบบประสาทส่วนนั้น ๆ (Frizzell, Richard, & Karen, 2005; Hudak, Gallo, & Morton, 1998; Mower, 1997) เมื่อสมองส่วนนั้นได้รับอันตราย จึงเกิดการสูญเสียการทำหน้าที่ของสมอง อาการต่าง ๆ ที่พบ จึงขึ้นอยู่กับขนาด และตำแหน่งของพยาธิสภาพที่เกิดขึ้น ถ้าตำแหน่งของโรคอยู่ซีกขวาซึ่งเป็นสมองซีกเด่น จะทำให้พูดไม่ได้ กลืนลำบาก สูญเสียการรับรู้ความรู้สึกซีกซ้าย อัมพาตของซีกซ้าย การรับรู้ลดลงโดยเฉพาะสิ่งใหม่ ๆ ถ้าตำแหน่งของโรคอยู่ซีกซ้าย จะทำให้พูดได้ไม่ชัด สูญเสียการรับรู้ความรู้สึก อัมพาตของซีกขวา อารมณ์เปลี่ยนแปลง (Gularick, 1998)

สาเหตุ/พยาธิสรีรภาพของโรคหลอดเลือดสมอง

โดยทั่วไปสาเหตุของการเกิดโรคหลอดเลือด มักเกิดจากหลอดเลือดแดงแข็งหรือถูกปิดกั้นอย่างสมบูรณ์ ทำให้เลือดไปเลี้ยงสมองไม่ได้ แล้วทำให้การทำหน้าที่ของสมองส่วนนั้นลดลง (Frizzell, Richard, & Karen, 2005; Hudak, Gallo, & Morton, 1998) ลักษณะดังกล่าวเกิดขึ้น

เมื่อมีภาวะ Thrombosis จะทำให้หลอดเลือดแข็งตัว และหนา (Atherosclerosis) ทำให้เลือดไปเลี้ยงส่วนนั้น ๆ ไม่เพียงพอ และเกิดการฉีกขาดของผนังหลอดเลือด (Dissection) เมื่อมีการผิดปกติดังกล่าวจะทำให้เกิดการเกาะตัวของเกล็ดเลือด และ Fibrin ทำให้เกิดหลอดเลือดอุดตัน ขณะเดียวกันก้อนแอมโบลา (Embolism) หลุดไป อุดหลอดเลือด และมีการอุดตัน สาเหตุทั้งสองดังกล่าว ทำให้สมองขาดเลือด จึงเรียกโรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือด (Ischemic Stroke) (กัมมันต์ พันธุมจินดา และยุทธชัย ลิขิตเจริญ, 2552) ซึ่งพบมากกว่าร้อยละ 80 ของโรคหลอดเลือดสมองที่เกิดจากการขาดเลือดไปเลี้ยง (Ischemic Stroke) และโรคหลอดเลือดสมองจากการแตกของหลอดเลือด (Hemorrhagic Stroke) มีรายละเอียดต่อไปนี้

1. พยาธิสภาพของโรคหลอดเลือดสมองจากการขาดเลือดไปเลี้ยง

ในภาวะปกติสมองมีเลือดมาเลี้ยง (Cerebral Blood Flow) ประมาณ 50 - 55 มิลลิลิตร/ 100 กรัม/ นาที หรือประมาณ 750 - 1,000 มิลลิลิตร/ นาที ถ้าปริมาณเลือดมาเลี้ยงส่วนใดส่วนหนึ่งของสมอง (Regional Cerebral Blood Flow) ลดลงต่ำกว่า 18 มิลลิลิตร/ 100 กรัม/ นาที เซลล์สมองจะเสียหายที่ทางสรีระแต่ยังไม่ตาย จะทำงานได้เป็นปกติถ้ามีเลือดมาเลี้ยงในปริมาณเท่าเดิม แต่ถ้าสมองขาดเลือดไปเลี้ยงโดยสิ้นเชิงเกิน 4 - 10 นาที เซลล์สมองจะถูกทำลาย และไม่สามารถฟื้นได้ (Frizzell, Richard, & Karen, 2005) เมื่อมีการตีบหรืออุดตันของหลอดเลือดใดหลอดเลือดหนึ่งในระบบร่างกายจะสามารถปรับตัวได้ทำให้ไม่มีอาการทางคลินิก การปรับตัวอาจเกิดเนื่องจากการไหลเวียนของเลือดไปตามหลอดเลือดที่เชื่อมประสานกันเพื่อเบนทิศทาง การไหลไปจากบริเวณที่อุดตัน (Collateral Circulation) หรืออาจมีการสกัดออกซิเจน และกลูโคสจากกระแสเลือดเมื่อมีอาการตีบหรืออุดตันมากขึ้น จนทำให้เลือดไปเลี้ยงสมองไม่พอที่จะเกิดอาการผิดปกติทางสมองเฉพาะที่ (Focal Neurological Deficit) อาการที่พบจะขึ้นอยู่กับตำแหน่งของหลอดเลือด การตีบของหลอดเลือด การตีบของหลอดเลือดอาจเกิดเนื่องจากรูขุมหลอดเลือดแคบลง จะทำให้เกิดการหยุดไหล (Stasis) และการไหลวนกลับ (Turbulent Flow) ของกระแสเลือด ซึ่งการหยุดไหล และการไหลวนกลับของกระแสเลือดดังกล่าว จะกระตุ้นให้เกิดลิ่มเลือดมากขึ้น กล่าวคือ การหยุดไหลของกระแสเลือดจะเกิดบริเวณถัดจากหลอดเลือดตีบหรืออุดตันมาทางด้านอวัยวะที่ขาดเลือดไปเลี้ยง จะทำให้เกิดการกระตุ้นการแข็งตัวของเลือด (Activated Clotting Factor) นอกจากนี้ ยังทำให้บริเวณที่ขาดเลือดมาเลี้ยงเกิดภาวะเป็นกรด (Acidosis) ซึ่งจะกระตุ้นให้เกิดลิ่มเลือดได้มากขึ้น ส่วนการไหลวนกลับของกระแสเลือด จะเกิดขึ้นในบริเวณถัดจากหลอดเลือดตีบหรืออุดตันมาทางด้านหัวใจ ซึ่งจะทำให้เกิดลิ่มเลือด และเนื่องจากการไหลวนกลับของกระแสเลือดทำให้เม็ดเลือดแดง และเกร็ดเลือดชนกันหรือกระแทกกับผนังหลอดเลือด ทำให้เกิดการเกาะกลุ่มกัน และติดแน่นกับผนังหลอดเลือด ทำให้บริเวณนั้นขาดออกซิเจนเพิ่มมากขึ้น Endothelial Cell ซึ่งเป็นเยื่อ

ภายในหลอดเลือดฝอยจะเสียหายที่ จันเกิดเลือดออกรอบ ๆ หลอดเลือด และมีสมองบวม (Brain Edema) เนื้อสมองที่บวมจะกดทับหลอดเลือดฝอยทำให้สมองขาดเลือดไปเลี้ยง (สมจิต หนูเจริญกุล, 2540)

ระยะของโรคหลอดเลือดสมอง

โดยทั่วไประยะของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง สามารถแบ่งเป็น 3 ระยะ คือ ระยะเฉียบพลัน (Acute Stage) ระยะหลังเฉียบพลัน (Post Acute Stage) และระยะฟื้นฟูสภาพ (Recovery Stage) (นิพนธ์ พวงวรินทร์, 2544)

1. ระยะเฉียบพลัน (Acute Stage) หมายถึง ระยะที่ผู้ป่วยเริ่มมีอาการจนกระทั่งอาการคงที่ ระยะนี้ผู้ป่วยมักเกิดอาการอัมพาตขึ้นทันที อาจไม่รู้สึกตัวร่วมด้วย หรือรู้สึกตัวอยู่แต่มีกล้ามเนื้อแขนขาข้างที่เป็นจะอ่อนปวกเปียก ระยะนี้ใช้เวลา 1 - 14 วัน แต่ส่วนใหญ่จะใช้เวลา 48 ชั่วโมง ซึ่งปัญหาสำคัญที่อาจทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตได้ คือ อาการหมดสติ มีภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูง การทำงานของหัวใจผิดปกติ ระบบการหายใจผิดปกติ ระยะนี้จะต้องคงสภาพหน้าที่การทำงานของอวัยวะสำคัญต่าง ๆ เอาไว้เพื่อเป็นการรักษาชีวิตของผู้ป่วย (นิจศรี ชัญญณรงค์ (สุวรรณเวลา), 2552; นิพนธ์ พวงวรินทร์, 2544)

2. ระยะหลังเฉียบพลัน (Post Acute Stage) หมายถึง ระยะที่ผู้ป่วยเริ่มมีอาการคงที่ผ่านพ้นระยะเฉียบพลันมาแล้ว (นิพนธ์ พวงวรินทร์, 2544) โดยมีระดับความรู้สึกตัวไม่เปลี่ยนแปลงไปในทางที่เลวลง และมี Glasgow Coma Scale ตั้งแต่ 7 คะแนนขึ้นไป มีระดับความดันโลหิตปกติ คือ ค่าความดันซิสโตลิก อยู่ระหว่าง 90 - 140 มิลลิเมตรปรอท และค่าความดันไดแอสโตลิกอยู่ระหว่าง 50 - 90 มิลลิเมตรปรอท ในระยะนี้ผู้ป่วยมักจะมีปัญหาที่ต่อเนื่องมาจากระยะแรก โดยเฉพาะปัญหาเรื่องการกลืนถ้ามีการสำลักก็จะทำให้เกิดปอดบวม หรืออาจทำให้เกิดภาวะขาดสารอาหารตามมา การเคลื่อนไหว และการพูด (Phipps, 1991 อ้างถึงใน พัทธี คมจักรพันธ์, 2544) นอกจากนี้ปัญหาสภาพจิตใจของผู้ป่วยซึ่งยังคงมีให้เห็นอยู่ คือ ผู้ป่วยยังมมีอาการโกรธ ขุ่นเคือง วิตกกังวล และซึมเศร้า

3. ระยะฟื้นฟูสภาพ (Recovery Stage) หมายถึง ระยะที่ผู้ป่วยมีอาการคงที่มีความสามารถที่จะรับการฟื้นฟูสมรรถภาพเพื่อลดความพิการ และภาวะแทรกซ้อน ทำให้ผู้ป่วยสามารถช่วยตนเองได้มากที่สุด ระยะนี้ผู้ป่วยจะได้รับการดูแลอยู่ที่บ้าน ซึ่งการฟื้นฟูสภาพยังแบ่งเป็นการฟื้นฟูสภาพระยะแรก เป็นการฟื้นฟูการทำหน้าที่ต่าง ๆ ของร่างกาย ฟื้นฟูเกี่ยวกับการพึ่งพาตนเองซึ่งจะเกิดขึ้นใน 3 เดือนแรก หลังเป็นโรคหลอดเลือดสมอง และการฟื้นฟูสภาพ

ระยะหลัง เป็นการฟื้นฟูอย่างต่อเนื่องต่อการฟื้นฟูระยะแรกระยะนี้ปัญหาต่าง ๆ จะพัฒนาได้ดีขึ้น เช่น การพูด การใช้ภาษา และการช่วยเหลือตนเอง

ผลกระทบต่อผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

ผลกระทบจากการเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง ส่งผลกระทบต่อร่างกาย จิตใจ ครอบครัวย และสังคม สามารถแยกได้ตามระยะต่าง ๆ ดังนี้

1. ระยะเฉียบพลัน (Acute Stage) หมายถึง ระยะที่ผู้ป่วยเริ่มมีอาการจนกระทั่งอาการคงที่ ระยะนี้ผู้ป่วยมักเกิดอาการอัมพาตขึ้นทันที อาจไม่รู้สึกร่วมด้วย หรือรู้สึกตัวอยู่แต่มีกล้ามเนื้อแขนขาข้างที่เป็นจะอ่อนปวกเปียก ระยะนี้ใช้เวลา 1 - 14 วัน แต่ส่วนใหญ่ จะใช้เวลา 48 ชั่วโมง ซึ่งปัญหาลำคัญที่อาจทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตได้คือ อาการหมดสติ มีภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูง การทำงานของหัวใจผิดปกติ ระบบการหายใจผิดปกติ ระยะนี้จะต้องคงสภาพหน้าที่การทำงานของอวัยวะสำคัญต่าง ๆ เอาไว้เพื่อเป็นการรักษาชีวิตของผู้ป่วย (นิจศรี ชาญณรงค์ (สุวรรณเวลา), 2552; นิพนธ์ พวงวรินทร์, 2544) ในระยะนี้อาจพบผลกระทบต่าง ๆ ได้ทั้งทางด้านร่างกาย และจิตใจ ดังนี้

1.1 ด้านร่างกาย ส่วนใหญ่จะเป็นผลมาจากพยาธิสภาพ และความพิการหลงเหลือจากการที่ภาวะสมองขาดเลือดไปเลี้ยง มีผลต่อการทำงานของระบบประสาทโดยตรง ส่วนที่ขาดเลือดไปเลี้ยงจะสูญเสียหน้าที่การทำงานซึ่งระยะเวลาของการสูญเสีย และฟื้นคืนย่อมขึ้นกับว่าสมองขาดเลือดไปเลี้ยงนานเพียงใด ในกรณีที่สมองขาดเลือดชั่วคราวมักไม่เกิน 10 - 15 นาที จะมีอาการผิดปกติทางระบบประสาทเฉพาะที่ (Transient Ischemic Attack) มักหายภายใน 24 ชั่วโมง (นิจศรี ชาญณรงค์ (สุวรรณเวลา), 2552) ในกรณีที่สมองขาดเลือด และมีอาการผิดปกติทางระบบประสาทประมาณ 24 - 72 ชั่วโมง (Reversible Ischemic Neurological Deficit) อาการมักหายภายใน 3 สัปดาห์ และในบางรายพบผู้ป่วยจะมีอาการทางระบบประสาทคงที่นานเกิน 24 - 72 ชั่วโมง (Ignatavicius, Workman, & Mishle, 1995) ผลกระทบทางด้านร่างกายที่พบในระยะนี้มีดังต่อไปนี้

1.1.1 มีความผิดปกติเกี่ยวกับการเคลื่อนไหว เกิดในผู้ป่วยที่มีพยาธิสภาพในส่วนของเมดัลลาสมองส่วนกลาง เปลือกสมอง หรือสมองน้อย ซึ่งผู้ป่วยจะไม่สามารถควบคุมการเคลื่อนไหวได้ ความตึงตัวของกล้ามเนื้อเปลี่ยนไป โดยในระยะแรกกล้ามเนื้อจะอ่อนปวกเปียก ผู้ป่วยจะรู้สึกแขนขาหนักขึ้น การเคลื่อนไหวลำบากหรืออาจเคลื่อนไหวไม่ได้เลย (Kernich, 2001) อาการที่เกิดขึ้นนี้จะอยู่ด้านตรงข้ามกับพยาธิสภาพที่เกิดขึ้นในสมอง หลังจากนั้นเมื่อพ้นระยะอ่อนปวกเปียกแล้วจะเกิดอาการเกร็ง โดยจะเกิดการงอของข้อมือ ข้อศอก นิ้วมือกำแน่น ข้อสะโพกกางออก ข้อเท้าจะงอ และนิ้วเท้าจะงอเข้า (Kernich, 2001) และถ้าอาการเกร็งเป็นอยู่นาน จะทำให้

กล้ามเนื้อที่ทำหน้าที่เหยียดของข้อต่าง ๆ สูญเสียหน้าที่ ซึ่งจะทำให้ข้อต่าง ๆ เหยียดลำบาก การเคลื่อนไหวของแขนขาด้านที่มีอาการจึงลำบาก และจากการศึกษาของ นูกุล ตะบูนพงศ์ ช่อลด พันธ์เสนา และนิตยา ตากวิระษณ์ (2537) พบว่า ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่จำหน่ายออกจากโรงพยาบาลมีข้อจำกัดในการดูแลตนเองถึงร้อยละ 90.9 และร้อยละ 68.7 พบว่ามีกำลังกล้ามเนื้ออ่อนแรง ทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถดูแลตนเองได้ มีความลำบากในการเคลื่อนไหว ในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเอง มีความบกพร่องในการกะระยะ (Spatial Perceptual Deficits) ทำให้ผู้ป่วยกลัวหกล้มหรืออาจเกิดอุบัติเหตุหกล้มจากการทรงตัวไม่ดี (นิจศรี ชาญณรงค์ (สุวรรณเวลา), 2552; ลินด์ลีย์ ริชาร์ด, 2549) ซึ่งการศึกษาอุบัติการณ์ และผลที่เกิดจากการล้ม ในผู้ป่วยสูงอายุที่เป็นโรคหลอดเลือดสมองหลังจากจำหน่ายจากโรงพยาบาลของ Gladman, Forster, and Young (1995) โดยศึกษาในผู้ป่วย 108 ราย พบว่า ผู้ป่วย 79 ราย ล้มที่บ้านอย่างน้อย 2 ครั้ง ผู้ป่วยที่ล้มจะมี ปัญหาที่เกิดจากข้อติดแข็ง กล้ามเนื้อหดเกร็ง หรือลื่น

1.1.2 มีความผิดปกติเกี่ยวกับการพูด และภาษา เกิดในผู้ป่วยที่มีพยาธิสภาพ ที่สมองซีกเด่น โดยความผิดปกติที่พบ คือ ไม่สามารถเข้าใจความหมายของกรสื่อสารภาษา (Receptive or Sensory Aphasia) เกิดจากมีการทำลายบริเวณเวอร์นิค (Wernicke's Area) ซึ่งผู้ป่วย จะไม่สามารถเข้าใจความหมายของคำพูดที่ได้ยิน (Global Aphasia) หรือไม่สามารถอ่านหนังสือได้ ทั้ง ๆ ที่มองเห็น (Visual Aphasia) เนื่องจากไม่สามารถเข้าใจภาษาเขียน (Alexia) (เจียมจิต แสงสุวรรณ, 2541; กฤษณา พิรเวช, 2552) และไม่สามารถสื่อสารได้ (Motor or Expressive Aphasia) เกิดจาก มีการทำลายบริเวณโบรคา (Broca's Area) ผู้ป่วยจะเข้าใจภาษาพูด เขียน สัญลักษณ์ต่าง ๆ รู้ว่า จะตอบสนองอย่างไรแต่พูดไม่ได้ บางครั้งออกเสียงไม่เป็นภาษา ในทำนองเดียวกันก็มีปัญหา เขียนไม่เป็นประโยค (กฤษณา พิรเวช, 2552; เจียมจิต แสงสุวรรณ, 2541; บุศกร กลิ่นอวล, 2549; ลินด์ลีย์ ริชาร์ด, 2549)

นอกจากนี้ความผิดปกติในการสื่อสารภาษาอาจเกิดจากสาเหตุอื่น ๆ เช่น การอ่อนแรงของกล้ามเนื้อที่เกี่ยวข้องกับการพูดหรือกล้ามเนื้อบริเวณใบหน้า จะทำให้ผู้ป่วยพูดไม่ชัด ซึ่งปัญหาการสื่อสารเหล่านี้ อาจทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถติดต่อสื่อสารให้ผู้อื่นได้รับรู้ความคิด ของตนเองได้ ผู้ป่วยจะเกิดความทุกข์ทรมานใจ อาจเกิดภาวะซึมเศร้า และแยกตัวในที่สุด

1.1.3 มีความผิดปกติเกี่ยวกับการรับประทานอาหาร ซึ่งการเคี้ยว และ ภาวะการกลืนลำบากสามารถพบในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองร้อยละ 30 - 65 (Roth & Harvey, 2000; กฤษณา พิรเวช, 2552) เกิดในผู้ป่วยที่มีความผิดปกติของเส้นประสาทสมองคู่ที่ 5 ที่ควบคุม เกี่ยวกับการเคี้ยว เส้นประสาทสมองคู่ที่ 7 ซึ่งควบคุมการเคลื่อนไหวของกล้ามเนื้อบริเวณใบหน้า ขณะเคี้ยวอาหาร และเส้นประสาทสมองคู่ที่ 9, 10, 12 ซึ่งควบคุมเกี่ยวกับการกลืน การเคลื่อนไหว

ของลิ้น ความผิดปกติเส้นประสาทเหล่านี้จะทำให้ริมฝีปากของผู้ป่วยปิดแน่นไม่สนิท การเคี้ยวอาหารจึงบกพร่อง ลิ้นไม่สามารถวัดอาหารในทิศทางต่าง ๆ ได้ กล้ามเนื้อช่องปาก และคอหอยอ่อนแรงไม่สามารถผลักอาหารเข้าหลอดอาหารได้ ทำให้ผู้ป่วยกลืนลำบาก (Dilorio & Price, 1990 อ้างถึงใน จารึก ธานีรัตน์, 2545) ยิ่งถ้าเพดานอ่อนแรงไม่สามารถเคลื่อนปิดกับผนังคอหอยจะทำให้ผู้ป่วยสำลักขณะกลืน ซึ่งพบถึงร้อยละ 59 ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองทั้งหมด อันเป็นสาเหตุทำให้เกิดการติดเชื้อที่ปอดตามมา (Lewis & Collier, 1987) นอกจากนี้ความพิการอื่น ๆ ที่เกิดขึ้นและสภาพอารมณ์ที่เปลี่ยนแปลงไปของผู้ป่วยทำให้เบื่ออาหารด้วย ซึ่งความผิดปกติเหล่านี้อาจเป็นสาเหตุทำให้ผู้ป่วยเกิดภาวะเกลือแร่ในร่างกายไม่สมดุล หรือเกิดภาวะทุพโภชนาการตามมา อันจะส่งผลให้ผิวหนังของผู้ป่วยถูกทำลายได้ง่ายขึ้น เป็นต้นว่าอาจเกิดแผลกดทับหรือบวมตามมาได้

1.1.4 มีความผิดปกติเกี่ยวกับการรับรู้ความรู้สึก และการรับรู้ ผู้ป่วยจะมี

การรับรู้ การจดจำบกพร่อง ไม่สามารถแปลความหมายของสิ่งที่มากระตุ้นระบบรับรู้ความรู้สึก มักพบเกิดในผู้ป่วยที่มีพยาธิสภาพที่สมองกลีบพาริเอทัล (Parietal) (กฤษณา พิวเวช, 2552) โดยเฉพาะในสมองซีกไม่เด่น ความผิดปกติที่พบบ่อยได้แก่ การสูญเสียความรู้สึกต่อการสัมผัส ความเจ็บปวด แรงกด ความร้อน ความเย็น ความผิดปกติอาจเกิดขึ้นอย่างเดียวหรือหลายอย่างรวมกันก็ได้ ผู้ป่วยอาจบอกตำแหน่งของจุดสัมผัสไม่ได้ หรือบอกไม่ถูก บอกตำแหน่งของจุดสัมผัสพร้อมกันหลายจุดไม่ได้ (Hickey, 2003) เนื่องจากร่างกายที่มีพยาธิสภาพของผู้ป่วยจะถูกทำลายได้ง่ายทำให้ผู้ป่วยได้รับอันตรายได้ง่าย เพราะกว่าร่างกายจะรู้ และมีปฏิกิริยาได้ตอบสิ่งที่ป็นอันตรายนั้น ร่างกายอาจได้รับอันตรายแล้ว (บุศกร กลิ่นอวล, 2549) ขณะเดียวกันการรับรู้ด้านการมองเห็นก็ผิดปกติ คือ ตาบอดครึ่งซีกข้างเดียวกัน ทั้งสองตา (Homonymous Hemiasia) ซึ่งจะทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถมองเห็นซีกที่เป็นอัมพาตซึ่งจะพบว่าการเสียลานสายตาครึ่งซีกข้างเดียวกันทั้งสองตา (Homonymous Hemianopia) นอกจากนี้ในผู้ป่วยบางคนอาจมีความผิดปกติในลักษณะมองเห็นภาพซ้อน อาจเกิดได้จากสาเหตุการควบคุมการทรงตัว และการทำงานร่วมกันของอวัยวะถูกทำลาย (นิจศรี ชาญณรงค์ (สุวรรณเวลา), 2552; ลินด์ลีย์ ริชาร์ด, 2549) เนื่องจากมีความบกพร่องของเส้นประสาทคู่ที่ 3, 4 และ 6 (กันยา อ้อยลี, 2550) และยังพบว่า เมื่อมีการเคลื่อนที่ของสมองไปกดลงบนประสาทสมองคู่ที่ 3 และก้านสมองอาจตรวจพบรูม่านตาขยายข้างเดียวกับรอยโรค และซึมลง (นิจศรี ชาญณรงค์ (สุวรรณเวลา), 2552) ผู้ป่วยจะมีความบกพร่องในการรับรู้ตนเอง และความเจ็บป่วย ซึ่งผู้ป่วยจะขาดการรับรู้เกี่ยวกับลักษณะของตนเอง และขาดความสนใจเอาใจใส่ต่อความพิการหรือความเจ็บป่วยของร่างกายที่เกิดขึ้น ที่เรียกว่า Anosognosia คือ ไม่รับรู้สภาพผิดปกติของร่างกาย และปฏิเสธความเจ็บป่วยของตนเอง และละเลยร่างกายที่มีความพิการ

(Kernich, 2001) ซึ่งจะทำให้ผู้ป่วยมีความบกพร่องในการปรับตัว การกระชงทางการเคลื่อนไหว ผู้ป่วยอาจไม่สามารถทำกิจกรรมต่าง ๆ ได้ (บุศกร กลิ่นอวล, 2549)

1.1.5 มีความผิดปกติเกี่ยวกับสติปัญญา ที่พบบ่อยคือ การสูญเสียความทรงจำ อาจเป็นการสูญเสียความทรงจำที่เพิ่งผ่านไปซึ่งพบในผู้ป่วยที่มีพยาธิสภาพของสมองกลีบ เทมโปรัล (Temporal Lobe) หรือเป็นการสูญเสียความทรงจำในอดีตที่เกี่ยวกับตนเอง และเหตุการณ์ที่ผ่านมาซึ่งพบในผู้ป่วยที่มีพยาธิสภาพกระจายทั่วไปในสมองทั้งสองข้าง นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ป่วยมีปัญหาเกี่ยวกับการแก้ไขปัญหา ขาดสมาธิ เบี่ยงเบนความสนใจง่าย ความสามารถในการคำนวณ การมีเหตุผล และจินตนาการผิดปกติไป ไม่สามารถเชื่อมโยงการเรียนรู้เข้ากับสถานการณ์จริง (Hickey, 2003) ไม่สามารถรับรู้ข้อมูลต่าง ๆ ได้ทั้งหมด จึงเป็นการยากที่จะเรียนรู้ประสบการณ์ใหม่ ผู้ป่วยจะมีพฤติกรรมที่ซ้ำซาก ไม่สามารถใช้สิ่งต่าง ๆ ได้ตามปกติที่เคยใช้มาก่อน ตลอดจนไม่สามารถแก้ไขปัญหาในชีวิตประจำวัน และไม่สามารถหลบหลีกอันตรายต่าง ๆ ได้ (บุศกร กลิ่นอวล, 2549)

1.2 ด้านจิตใจ ผลจากการเจ็บป่วยทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถเคลื่อนไหวร่างกายได้ และมีความบกพร่องหรือสูญเสียการทำงาน หดความสามารถในการสั่งการให้เดินหรือปฏิบัติกิจวัตรประจำวันด้วยตนเอง ขาดความสามารถในการแก้ปัญหา และในการตั้งเป้าหมายสูญเสียภาพลักษณ์ และความสามารถในการพึ่งพาตนเอง (ฟาริดา อิบราฮิม, 2542) ปัญหาทางด้านจิตใจที่พบบ่อยดังนี้

1.2.1 ความคับข้องใจ ในด้านแรงผลักดัน และความต้องการ เป็นผลมาจากการขาดการตอบสนองความพอใจทางด้านร่างกายตามธรรมชาติทำให้ไม่บรรลุถึงเป้าหมาย หรือไม่ได้รับตามสิ่งที่คาดหวังไว้ ไม่สามารถกระทำหรือแสดงออกได้ตามต้องการทำให้เกิดความคับข้องใจ และแสดงออกทางอารมณ์หรือพฤติกรรม ในลักษณะดิ่งเหว ระเบิด กระสับกระส่าย วุ่นวาย ก้าวร้าว (โดยตรง/ โดยอ้อม) ไม่เป็นมิตร หรือบางคนอาจแสดงพฤติกรรมที่ตรงกันข้าม เช่น เก็บตัว แยกตัวเอง ไม่ทำอะไร ไม่สนใจใคร ไม่แสดงอารมณ์ตอบสนอง เฉยเมย การแสดงออกทางอารมณ์ที่พบบ่อยเป็นอารมณ์โกรธขุนเคือง วิตกกังวล และซึมเศร้า (จินตนา สมนึก, 2540; Rochette, Bravo, Desrosiers, & Bourget, 2007)

1.2.2 การเปลี่ยนแปลงในภาพลักษณ์ ความเจ็บป่วยจากโรคหลอดเลือดสมอง มักทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงรูปร่างตนเอง ไม่น่าดู เช่น ปากเบี้ยว แขนขาอ่อนแรงครึ่งซีก นั่งทรงตัวไม่ได้ ตาข้างใดข้างหนึ่งปิดไม่สนิท หรือมีอุปกรณ์เครื่องมือติดกับตัว เช่น สายสวนปัสสาวะ และถุงเก็บปัสสาวะ (วิลรัตน์ ภูวราวุฒิพานิช, 2538)

1.2.3 ความวิตกกังวล นอกจากนี้ความวิตกกังวลที่เกิดขึ้นยังมีสาเหตุมาจากความคับข้องใจ ความรู้สึกขัดแย้งในใจในการที่ต้องพึ่งพาบุคคลอื่น เนื่องจากความสามารถในการทำหน้าที่ของอวัยวะต่าง ๆ ถูกจำกัด (นิจศรี ชาญณรงค์ (สุวรรณเวลา), 2552; Hickey, 2003) ซึ่งจะส่งผลให้เกิดการสูญเสียความสามารถในด้านต่าง ๆ

1.3 ด้านครอบครัว จากการศึกษาของวิลเลียม (Williams, 1994) พบว่าสาเหตุความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่เกิดขึ้นมากที่สุด คือ พฤติกรรมของผู้ป่วยที่กระสับกระส่าย พฤติกรรมที่สวียของผู้ป่วย และการที่ต้องดูแลผู้ป่วยตลอดเวลาจนไปไหนมาไหนไม่ได้ แต่บางครั้งจากการที่ต้องดูแลผู้ป่วยเป็นระยะเวลานาน และไม่สามารถคาดการณ์ได้ว่าผลลัพธ์จะทำให้ผู้ป่วยกลับสู่สภาพเดิม ทำให้เกิดความรู้สึกว่าเป็นภาระที่หนักเกินความสามารถที่ครอบครัวจะกระทำได้ ทำหน้าที่สุดอาจนำมาซึ่งการทอดทิ้งผู้ป่วยได้ (Farzan, 1991) และเมื่อครอบครัวต้องรับภาระค่าใช้จ่ายในการดูแลผู้ป่วย เป็นค่ารักษาพยาบาล ค่าอุปกรณ์ทางการแพทย์ การปรับปรุงบ้าน และค่าใช้จ่ายอื่น ๆ จึงส่งผลต่อภาวะเศรษฐกิจของครอบครัวเนื่องจากรายได้ของครอบครัวลดลงหรือลดลง เนื่องจากสมาชิกของครอบครัวที่หารายได้มีจำนวนลดน้อยลง เป็นปัจจัยหนึ่งที่ทำให้เกิดการเบียดเบียนในการดูแลผู้ป่วย (Ekberg, 1986 อ้างถึงใน ปริญาภรณ์ พุ่มเจริญ, 2550) และพบว่า ผู้ดูแลรับรู้ว่าการดูแลผู้ป่วยเป็นภาระที่หนักเกินความสามารถที่ครอบครัวจะกระทำได้ ทำให้เกิดความเครียด ไม่สามารถปรับตัวเองได้ จนไม่ต้องการรับภาระในการดูแล ไม่สนใจ พยายามหลีกเลี่ยงที่จะมาดูแลผู้ป่วย (ปริญาภรณ์ พุ่มเจริญ, 2550)

2. ระยะหลังเฉียบพลัน (Post Acute Stage) หมายถึง ระยะที่ผู้ป่วยเริ่มมีอาการคงที่ผ่านพ้นระยะเฉียบพลันมาแล้ว (นิพนธ์ พวงวรินทร์, 2544) โดยมีระดับความรู้สึกตัวไม่เปลี่ยนแปลงไปในทางที่เลวลง และมี Glasgow Coma Scale ตั้งแต่ 7 คะแนนขึ้นไป มีระดับความดันโลหิตปกติ คือ ค่าความดันซิสโตลิก อยู่ระหว่าง 90 - 140 มิลลิเมตรปรอท และค่าความดันไดแอสโตลิก อยู่ระหว่าง 50 - 90 มิลลิเมตรปรอท ในระยะนี้ผู้ป่วยมักจะมีปัญหาที่ต่อเนื่องมาจากระยะแรก โดยเฉพาะปัญหาเรื่องการกลืนถ้ามีการสำลักก็จะทำให้เกิดปอดบวม หรืออาจทำให้เกิดภาวะขาดสารอาหารตามมา การเคลื่อนไหว และการพูด (Phipps, 1991 อ้างถึงใน พัทรี คมจักรพันธ์, 2544) นอกจากนี้ปัญหาสภาพจิตใจของผู้ป่วยซึ่งยังคงมีให้เห็นอยู่ คือ ผู้ป่วยยังมีอารมณ์โกรธ ขุ่นเคือง วิตกกังวล และซึมเศร้า ด้านครอบครัวก็ยังคงต้องรับภาระค่าใช้จ่ายในการดูแลส่งผลต่อภาวะเศรษฐกิจของครอบครัว การศึกษาของ (จินตนา สมนึก, 2540) ที่พบว่าผู้ดูแลรับรู้ว่าการดูแลผู้ป่วยเป็นภาระที่หนักเกินความสามารถที่ครอบครัวจะกระทำได้ ทำให้เกิดความเครียด ไม่สามารถปรับตัวเองได้ จนไม่ต้องการรับภาระในการดูแล ไม่สนใจ พยายามหลีกเลี่ยงที่จะมาดูแลผู้ป่วย

3. ระยะฟื้นฟูสภาพ (Recovery Stage) หมายถึง ระยะที่ผู้ป่วยมีอาการคงที่มีความสามารถที่จะรับการฟื้นฟูสมรรถภาพเพื่อลดความพิการ และภาวะแทรกซ้อน ทำให้ผู้ป่วยสามารถช่วยเหลือตนเองได้มากที่สุด ระยะนี้ผู้ป่วยจะได้รับการดูแลอยู่ที่บ้าน ซึ่งการฟื้นฟูสภาพยังแบ่งเป็นการฟื้นฟูสภาพระยะแรก เป็นการฟื้นฟูการทำหน้าที่ต่าง ๆ ของร่างกาย ฟื้นฟูเกี่ยวกับการพึ่งพาตนเองซึ่งจะเกิดขึ้นใน 3 เดือนแรก หลังเป็นโรคหลอดเลือดสมอง และการฟื้นฟูสภาพระยะหลัง เป็นการฟื้นฟูอย่างต่อเนื่องต่อการฟื้นฟูระยะแรก ระยะนี้ปัญหาต่าง ๆ จะพัฒนาได้ดีขึ้น เช่น การพูด การใช้ภาษา และการช่วยเหลือตนเอง ซึ่งเป็นทางด้านร่างกายแต่ทางด้านจิตใจ ครอบครัว และสังคมที่ยังคงอยู่ และอาจเพิ่มความรุนแรงขึ้นได้ถ้าไม่ได้รับการดูแลที่ดี

3.1 ด้านจิตใจ จากการเจ็บป่วย ทำให้ขาดความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันด้วยตนเอง ขาดความสามารถในการแก้ปัญหา รวมทั้งบทบาทในครอบครัว และสังคม ไม่ทราบการเปลี่ยนแปลงของสังคมภายนอก ถ้าป่วยบ่อยๆ หรือต้องออกจากงาน ส่งผลให้ผู้ป่วยแยกตนเอง และห่างเหินจากสังคม ผู้ป่วยจะมีปัญหาสูญเสียความเชื่อมั่นในตนเอง มีความรู้สึกหมดหวัง (เจียมจิต แสงสุวรรณ, 2541) ปัญหาด้านจิตใจที่พบได้บ่อยในระยะนี้คือ

3.1.1 ความขัดแย้ง ผู้ป่วยอาจมีแรงกระตุ้นในสิ่งที่ต้องห้ามที่เกิดทั้งในระดับจิตสำนึก/จิตใต้สำนึกที่ต้องการการตอบสนอง เช่น ความรู้สึกทางเพศ รู้สึกเกลียดชัง แต่ถูกกดหรือควบคุมไว้ด้วยมโนธรรม ศีลธรรมจรรยา และข้อห้ามทางสังคม เพราะถ้าแสดงออกมาตามความต้องการโดยไม่ควบคุมจะทำให้เกิดความรู้สึกผิด ไม่เป็นที่ยอมรับของสังคม หรือถูกลงโทษจากสังคม ทำให้เกิดความขัดแย้งในจิตใจ ผลที่ตามมาอาจเกิดภาวะวิตกกังวล รู้สึกผิด และมีอาการเจ็บป่วยทางร่างกาย ถ้ามีความขัดแย้งอย่างรุนแรง พฤติกรรมที่แสดงออกจะไม่เหมาะสม หรือมีปัญหาความเจ็บป่วยทางจิตเวชเกิดขึ้น (Hickey, 2003)

3.1.2 การสูญเสียคุณค่าในตนเอง ผลของความเจ็บป่วยทางกายทำให้มีการลดหรือเสียความมีคุณค่าในตนเอง มีการดำเนินตนเอง รู้สึกตนเองล้มเหลว เกิดความรู้สึกผิด เกิดความรู้สึกหมดหวัง ซึ่งเป็นประสบการณ์จะนำไปสู่ภาวะซึมเศร้าพบว่าประมาณ 1 ใน 5 ของผู้ป่วยจะมีภาวะนี้เกิดขึ้นต่อไป (ลินด์ลีย์ ริชาร์ด, 2549)

3.1.3 การมีความล้มเหลวในกลไกการปรับตัว การล้มเหลวของการใช้กลไกการปรับตัวทางจิตที่เหมาะสมเกิดจากการมีกระตุ้นให้เกิดความวิตกกังวล หรือความรู้สึกผิดที่รุนแรงและเป็นอยู่ยาวนาน ร่วมกับการสูญเสียความมีคุณค่าในตนเอง ผลของการล้มเหลวทำให้เกิดความเจ็บป่วยทางจิตใจได้ เช่น ความวิตกกังวลมาก ซึมเศร้า และอาการทางจิตเวช (ลินด์ลีย์ ริชาร์ด, 2549)

3.1.4 อารมณ์ซึมเศร้า ร้อยละ 15 - 70 ของผู้ป่วยมักเกิดอาการซึมเศร้า หลังเกิดโรคหลอดเลือดสมอง นาน 6 เดือน สูงถึงร้อยละ 47 และไม่พบความแตกต่างระหว่างรอยโรคข้างซ้ายและข้างขวา ซึ่งอารมณ์ซึมเศร้า จะมีผลต่อความจำ สมาธิ การตอบสนอง และความสามารถในการแก้ปัญหาของผู้ป่วย ซึ่งส่งผลกระทบต่อการศึกษา ในรายที่มีอาการรุนแรงต้องรับส่งปรึกษาจิตแพทย์ และให้ยาลดอาการซึมเศร้า (กฤษณา พิรเวช, 2552)

3.2. ด้านครอบครัว ครอบครัวเป็นส่วนสำคัญในการช่วยให้ผู้ป่วยกลับคืนสู่สภาพเดิม ความรู้สึกมีคุณค่า และคงไว้ซึ่งระดับความสามารถด้านร่างกาย และบทบาทในสังคมของผู้ป่วย ครอบครัวต้องปรับแผนดำเนินชีวิต และบทบาทหน้าที่ของสมาชิกในครอบครัวให้มีหน้าที่รับผิดชอบเพิ่มขึ้น จากการที่ญาติดูแลเปลี่ยนแปลงไปจากเดิมด้วยขาดสังคม ขาดชีวิตส่วนตัว ไม่มีเวลาดูแลสุขภาพตนเองเพราะห่วงดูแลผู้ป่วย จนสุขภาพร่างกายเสื่อมโทรม ปวดเมื่อย อันเกิดจากการที่ต้องยก อุ้ม ประคอง ช่วยฟื้นฟูสภาพให้ผู้ป่วย รวมทั้งครอบครัวอาจต้องเผชิญความขัดแย้ง สับสน วิพากษ์วิจารณ์ว่าอาจไม่สามารถให้การดูแลผู้ป่วยได้ดีพอ สูญเสียความมั่นคงปลอดภัยในชีวิต ต้องรับภาระดูแลผู้ป่วยระยะเวลานานอาจทำให้แปรความหวังใจเป็นความรู้สึกด้านลบมากขึ้น (สุภาณี อ่อนชื่นจิตร และฤทัยพร ศรีตรัง, 2544)

3.3 ด้านสังคม เนื่องจากความเจ็บป่วย และความพิการของร่างกายที่หลงเหลือ ทำให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีการติดต่อกับบุคคลอื่นในสังคม และการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมลดลง (ศรีรัตน์ คุ่มสิน, 2546) บทบาทเดิมของผู้ป่วยเปลี่ยนแปลงไปเนื่องจากความเจ็บป่วย ส่งผลให้สัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยกับบุคคลในสังคมลดลง ผู้ป่วยจะไม่ได้รับการสนับสนุนด้านสังคมจากบุคคลอื่น ผู้ป่วยจะมีความรู้สึกว่าตนถูกทอดทิ้ง ขาดที่พึ่ง และมีความรู้สึกท้อแท้ สิ้นหวัง และซึมเศร้าได้ง่ายมากขึ้น (Farzan, 1991)

จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจะเกิดการเปลี่ยนแปลงกับผู้ป่วยขึ้นอย่างทันที ทำให้ส่งผลกระทบต่อสภาพทางจิตใจของผู้ป่วยเป็นอย่างมาก ทั้งในเรื่องของการปรับตัวการเผชิญต่อความเป็นผู้ป่วย โดยเฉพาะในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลันนั้นส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย และครอบครัว ทั้งในเรื่องของเศรษฐกิจ รายได้ จากการที่ไม่สามารถทำงานได้ตามปกติทำให้ผู้ป่วยรู้สึกเป็นภาระของครอบครัว ต้องอาศัยคนอื่นดูแล ซึ่งชีวิตหลังการเกิดโรคหลอดเลือดสมองส่วนใหญ่จะแตกต่างจากชีวิตก่อนเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ทำให้ชีวิตของผู้ป่วย และครอบครัวเปลี่ยนแปลงไปชั่วข้ามคืน ในปัจจุบันมีผู้ศึกษาวิจัยเกี่ยวกับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจำนวนมาก ซึ่งการศึกษาส่วนใหญ่จะศึกษาถึงผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ผ่านพ้นระยะเฉียบพลัน และระยะหลังเฉียบพลันไปแล้ว อยู่ในช่วงฟื้นฟูสภาพ ทั้งจากการฟื้นฟูสภาพในระยะ 3 เดือนแรกเช่น การศึกษาของ พัชร ภูมิจักรพันธุ์ (2544)

ศึกษาเกี่ยวกับประสบการณ์การใช้บริการสุขภาพทางเลือกในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ส่วนการฟื้นฟูสภาพในระยะหลังจาก 3 เดือนแรกมีการศึกษาของ Santas, Ranzenigo, Caregnato, and Inzoli (1990) ที่ศึกษาผลกระทบด้านจิตสังคม ในผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีกภายหลังเป็นโรคหลอดเลือดสมองมา 1 ปี ในกลุ่มผู้สูงอายุ พบว่า ผู้ป่วยเกิดภาวะซึมเศร้ามากที่สุด โดยภาวะซึมเศร้าที่เกิดขึ้นจะมีความสัมพันธ์กับการสูญเสียด้านความคิด ระดับความสามารถในการทำงาน และความสามารถในการปรับตัวกับครอบครัว และสังคม

สรุปได้ว่าการทบทวนวรรณกรรมที่กล่าวมาข้างต้นพบว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองรายใหม่ระยะเฉียบพลันนั้น ผลกระทบที่เกิดขึ้นในระยะต่าง ๆ เป็นปัญหาสำคัญ ส่งผลกับผู้ป่วย ทั้งทางด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ครอบครัว และสังคม และเมื่อเกิดการสูญเสียในด้านต่าง ๆ เป็นต้น ว่าการสูญเสียการทำหน้าที่จะปฏิบัติกิจกรรมเพื่อสนองความต้องการของตนเองทั้งทางด้านร่างกาย และจิตใจเป็นสิ่งที่สามารถทำให้การดำเนินของโรคแย่ลง นอกจากนี้ยังสูญเสียความรู้สึกที่ปกติเนื่องจากจะรู้สึกว่าตนเองสุขภาพไม่ดีตลอดเวลา สูญเสียความพึงพอใจในตนเองอัตมโนทัศน์ และภาพลักษณ์ทำให้ผู้ป่วยเกิดความเครียด รู้สึกตนเองไม่มีค่า ความผาสุก และความพึงพอใจในชีวิตลดลง ทำให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกสูญเสียคุณค่า ความภาคภูมิใจ และความเป็นตัวของตัวเองอย่างมาก รู้สึกเป็นภาระของคนอื่น ผู้ป่วยเกิดความเครียด เกิดภาวะไร้อำนาจ ท้อแท้ สิ้นหวังหมดกำลังใจ เมื่อเป็นมากจะทำให้ผู้ป่วยแยกตัว เกิดภาวะซึมเศร้า และสุดท้ายก็จะคิดฆ่าตัวตาย ซึ่งผลกระทบที่เกิดขึ้นนี้ มีความเกี่ยวเนื่องกันมาทุกระยะเมื่อไม่ได้รับการแก้ไข ความรุนแรงจึงเพิ่มขึ้น ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาประสบการณ์การเป็นผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองรายใหม่ระยะเฉียบพลัน การวิจัยเชิงคุณภาพสามารถบอกได้ถึงข้อมูลที่ต้องการศึกษาอย่างลึกซึ้ง เข้าใจความรู้สึกนึกคิด มโนทัศน์ และพฤติกรรมของผู้ป่วยที่ต้องการศึกษา ซึ่งการศึกษาเชิงปริมาณไม่สามารถบอกได้ลึกซึ้ง